

Opinnäytetyö (AMK) / (YAMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyö

2014

Jarno Marjakangas

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN PERUS- TERVEYDENHUOLLOSSA

– Hoitonetti



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jarno Marjakangas

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA - HOITONETTI

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastutaan usein varhaisella aikuisiällä ja siihen liittyy perusoireena huomattava mielialan vaihtelu. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vakava mielenterveyden häiriö, jonka tunnistaminen terveydenhuollossa on haastavaa. Psykiatristen häiriöiden tunnistamisen apuvälineenä käytetään erilaisia arviointiasteikkoja. Perusterveydenhuollon rooli kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskin tunnistamisessa on merkittävä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikaisempien tieteellisten tutkimusten perusteella miten hoitohenkilöstö voi tunnistaa diagnosoimatonta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilökunnan tietoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja sen tunnistamisesta. Opinnäytetyön menetelmä oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Alkuperäistutkimukset (n=6) analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta voi tunnistaa diagnosoimatonta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan oireiden perusteella ja käyttämällä seulontaan erilaisia arviointiasteikkoja. Masennusta tai masennusjaksoa sairastavien potilaiden systemaattinen seulonta psykiatristen arviointiasteikkojen tai sähköisen potilastietojärjestelmän seulontaprotokollan avulla paransi kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskin tunnistamista. Tutkimuksissa on havaittu, että kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskin tunnistamiseen on hyviä arviointiasteikkoja, kuten Mood Disorder Questionnaire (MDQ), Hypomania Checklist (HCL – 32) ja Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS). Strukturoidut haastattelumenetelmät Semistructural Clinical Interview (SCID) ja Mini International Neuropsychiatric Inventory (MINI) ovat tarkempia menetelmiä ja käytetään diagnostiikan tukena, mutta eivät välttämättä sovi ajankäytöllisesti vastaanotolla käytettäväksi. Sähköiseen potilastietojärjestelmään liitetyn systemaattisen seulontaprotokollan on havaittu parantavan kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskin tunnistamista ja on käytettävyydeltään hyvä työkalu. Masennusoireista kärsivien potilaiden kohdalla kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonta on aina suositeltavaa. Jatkok tutkimuksen aiheeksi sopisi sähköisiin potilastietojärjestelmiin liitettyjen seulontaprotokollien käyttäminen kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskin tunnistamisessa ja niiden kehittäminen, koska menetelmä nopeuttaa ja parantaa sairauden tunnistamista. Opinnäytetyön tulokset ovat luettavissa osoitteessa <http://hoitonetti.turkuamk.fi>

ASIASANAT:kaksisuuntainen mielialahäiriö, perusterveydenhuolto, tunnistaminen, psykiatriset arviointiasteikot, masennus, Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist, Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, Semistructural Clinical Interview, Mini International Neuropsychiatric Inventory, sähköinen potilastietojärjestelmä

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme | Nursing

August 2014 | Total number of pages 37 + 2 appendices

Sirpa Nikunen & Tiina Pelander

Jarno Marjakangas

RECOGNIZING BIPOLAR DISORDER IN PRIMARY HEALTH CARE - HOITONETTI

Bipolar disorder usually starts in early adulthood and is characterized by extreme shifts in mood. Bipolar disorder is a serious mental disorder, which is challenging to recognize in primary health care. Different kinds of evaluation tools can be used to recognize psychiatric disorders. Primary health care has a significant role in recognizing a patient with a risk of bipolar disorder.

The purpose of this bachelor thesis was to determine how could the personnel working in primary health care recognize a patient with undiagnosed bipolar disorder. The aim of the thesis is to increase primary health care personnel's knowledge about bipolar disorder generally and recognition of the disorder. The method used in this thesis was a systematic review of literature.

Personnel working in primary health care can recognize patient with undiagnosed bipolar disorder by symptoms and by using different kinds of evaluation tools for screening bipolar disorder. Systematic screening of the patient's with symptoms of depression or with ongoing depressive episode improves recognizing bipolar disorder. Previous researches show that there are validated evaluation tools available for screening for the risk of bipolar disorder, such as Mood Disorder Questionnaire (MDQ), Hypomania Checklist (HCL-32) and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS). More specific methods like Semistructural Clinical Interview (SCID) and Mini International Neuropsychiatric Inventory are usually used to support diagnosing the disorder, but are not convenient to use in clinicians practice and with tight timetable. Electronic health record-based tools have been noticed to improve the recognition of the risk of bipolar disorder and have good usability. It is recommended to screen the patient's with symptoms of depression for bipolar disorder.

By using and developing electronic health record based-tools for screening bipolar disorder should be studied further to improve the recognition of bipolar disorder. Results of this thesis can be seen at <http://hoitonetti.turkuamk.fi>

KEYWORDS:

Bipolar disorder, recognizing, primary health care, depression, psychiatric screening tools, Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist, Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, Semistructural Clinical Interview, Mini International Neuropsychiatric Inventory, electronic health record

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ	7
2.1 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet ja yleisyys	8
2.2 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonta ja diagnosointi	12
2.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito	15
2.4 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	20
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	21
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	31
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	33
LÄHTEET	35

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Tutkimuslupa

TAULUKOT

Taulukko 1. ICD-10:n mukaiset diagnostiset kriteerit (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus 2013)	9
Taulukko 2. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön erotusdiagnostiikka (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus 2013)	14
Taulukko 3. Tiedonhaun tulokset	22
Taulukko 4. Analyysiin valitut tutkimukset	24

1 JOHDANTO

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vakava mielenterveyden häiriö. Riski sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on tyypillisesti nuoruusiässä tai varhaisessa aikuisiässä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön perusoire on huomattava mielialan vaihtelu. Mieliala voi vaihdella huomattavasta mielialan kohoamisesta eli maniasta masentuneisuuteen. Mielialan vaihtelu saattaa johtaa ihmissuhdeongelmiin, päihteiden väärinkäyttöön, taloudellisiin ongelmiin tai jopa itsemurhaan. (Kiiltomäki ym. 2007, 62.)

Potilaalle asianmukaisen hoidon takaaminen vaatii kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista ja huolellista erotusdiagnostiikkaa. On tärkeää erottaa kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ja pelkät masennustilat toisistaan, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson hoito yksinään masennuslääkkeillä saattaa kääntää masennuksen maniaksi tai muuttaa taudinkuvaa tiheäjaksoiseksi. Erityisen hankalaa on tunnistaa masennusjaksolla alkava kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Suominen, 2010; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoitosuositus 2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikaisempien tieteellisten tutkimusten perusteella miten hoitohenkilöstö voi tunnistaa diagnosoimatonta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilökunnan tietoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja sen tunnistamisesta.

Tuloksien pohjalta kirjoitettiin katsaus Hoitonettiin. Hoitonetti on Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteen ja Salon terveystieteiden keskuksen ylläpitämä internet-sivusto. Hoitonetti tarjoaa hoitoalan ammattilaisille näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa erilaisista terveyteen liittyvistä aiheista. (Turun Ammattikorkeakoulu 2008.)

2 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Mielialahäiriöt ovat ihmisillä yleisiä. Usein mielialahäiriötä edeltää menetys, epäonnistuminen tai muu vastoinkäyminen. Mielialahäiriöiden keskeiset oireet ovat muutokset tunnetilassa, joihin liittyvät toiminnan tason muutokset. Depressioksi ja maniaksi kutsutaan kliinisiä oireyhtymiä, joihin liittyy mielialan liiallista vaihtelua masennuksesta haltioitumiseen. Usein mielialahäiriöstä kärsivillä on jonkinasteinen depressio. Mielialahäiriöiden hoitovaste on usein hyvä, mutta uusimistaipumus on suuri. Perintötekijöillä on merkittävä vaikutus mielialahäiriöiden taustalla, etenkin kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön alttius sairastua on usein perinnöllistä. (Hakola ym. 2008, 62.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluvat toistuvat jaksot, jolloin mieliala ja aktiivisuuden taso ovat merkittävästi häiriintyneet. Maniaksi kutsutaan tilaa, jolloin mieliala on noussut ja toiminnallisuus on olennaisesti lisääntynyt. Maanisen vaiheen lisäksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla on yleensä vähintään yksi depressiivinen jakso, jolloin mieliala ja toimeliaisuus ovat huomattavasti laskeneet. Mania- ja depressiojaksojen välillä sairastuneen tila korjaantuu usein täysin. Pienellä osalla sairastuneista mania toistuu ilman välissä olevia depressiojaksoja. Yksittäinen mania on harvinainen ja se luokitellaan erikseen edellyttäen, ettei sairastuneella ole ollut aiempia masennus- tai maniajaksoja. Kaksisuuntainen mielialahäiriö useimmiten alkaa depressiojaksolla. Mania – tai depressiojaksojen puhkeamiseen saattaa vaikuttaa usein laukaisevat tekijät. Osalla sairastuneista ei sairauden puhkeamiseen kuitenkaan näytä liittyvän ulkoisia tekijöitä. (Hakola ym. 2008, 68.) Yleensä sairastuminen tapahtuu nuorena aikuisena, mutta sairastumisikä saattaa vaihdella lapsuudesta vanhuuteen. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito-suositus 2013).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan kahteen päätyyppiin. Tyypin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennustiloja, maniajaksoja tai sekamuotoisia jaksoja. Jos potilaalla esiintyy ainoastaan toistuvia maniajaksoja, ne luokitellaan tähän tyyppiin. Tyypin 2 kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön luoki-

tellaan potilaat, joilla esiintyy masennustiloja ja hypomaniaa. Hypomaniaksi kutsutaan tilaa, jossa mieliala on kohonnut, mutta ei kuitenkaan täydelliseen maniaan yltävällä tavalla. (Hakola ym. 2008, 68.) Määrittämätön kaksisuuntainen mielialahäiriö on kyseessä, mikäli potilaalla esiintyy kiistattomasti lyhyitä ja toistuvia hypomanioita tai toistuva hypomaaninen tai maaninen jakso masennuslääkehoidon aloittamisen seurauksena. Elpymävaihe on kyseessä silloin, kun tila ei täytä minkään mielialahäiriön diagnostisia kriteereitä ja on kestänyt usean kuukauden ajan. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

2.1 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet ja yleisyys

Mielialahäiriöistä depressio on useimmille ihmisille helppo ymmärtää, koska lähes kaikilla on kokemuksia lievästä alavireisyydestä. Kokemus saattaa johtua henkilökohtaisesta menetyksestä tai epäonnistumisesta. Lievän masennuksen erottaminen normaalista surusta saattaa kuitenkin olla vaikeampaa. Normaalisessa surureaktiossa mieli käsittelee surutyön aikana aktiivisesti menetystä. Masennusoireyhtymä on puolestaan lukkiutuneempi tila eikä kokemattoman tavoitettavissa enää olekaan syvään masennukseen liittyvät mielipahan ja toivotonmuuden tunteet. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksojen oirekuva vastaa masennuksen oireita. (Hakola ym. 2008, 61-62.)

Hypomanian tai erityisesti maniajaksojen aikana saatetaan aiheuttaa itselleen ongelmia liittyen ihmissuhteisiin, päihteiden käyttöön tai taloudellisiin asioihin. Psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja ja harhaluuloja, saattaa esiintyä erityisesti maniassa tai vaikeissa masennusjaksoissa. Tällöin psykoottiset oireet voivat olla mielialan mukaisia, kuten maniassa suuruusharhaluuloja tai yli-ihmiseksi kohottavia kuuloharhoja ja masennustilassa nihilistisiä harhaluuloja tai syyttäviä kuulohallusinaatioita. Psykoottiset oireet saattavat olla myös mielialasta riippumattomia, esimerkiksi vainoamisajatuksia tai neutraaleja kuulohallusinaatioita. Taulukossa 1. kuvataan kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostisia kriteereitä ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013; Hakola ym. 2008, 62.)

Taulukko 1. ICD-10:n mukaiset hypomanian, manian, masennusjakson ja sekamuotoisen jakson diagnostiset kriteerit hieman lyhennettyinä ja muokattuna selkeyden vuoksi (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013).

Häiriö	Diagnostiset kriteerit
Hypomania	1. Mieliala on koholla tai ärtyisä asianomaiselle poikkeuksellisella tavalla vähintään neljän päivän ajan.
	2. Esiintyy vähintään kolme seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat ainakin jonkinasteista toimintakyvyn häiriintymistä:
	1. toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhatomuus 2. puheliaisuuden lisääntyminen 3. hajanaisuus tai keskittymisvaikeudet 4. unen tarpeen väheneminen 5. seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen 6. lievä rahojen tuhlailu tai muu vastuuton käytös 7. seurallisuuden tai tuttavallisuuden lisääntyminen
	3. Häiriö ei täytä manian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, masennusjakson, mielialan aaltoiluhäiriön tai anorexia nervosan kriteereitä.
	4. Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön tai elimelliseen aivo-oireyhtymään.
Mania	5. Mieliala on enimmäkseen koholla, poikkeuksellisen avoin (ekspansiivinen) tai ärtynyt ja selvästi tavanomaisesta poikkeava asianomaiselle. Mielialan muutos on huomattava ja se on kestänyt vähintään viikon ajan. (Tätä lyhyempi aika riittää, mikäli muutos on niin huomattava, että tarvitaan hoitoa sairaalassa.)
	6. Vähintään kolme (tai neljä, mikäli mieliala on ainoastaan ärtynyt) seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat vakavan päivittäisen toimintakyvyn häiriintymisen:
	1. toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhatomuus 2. puheliaisuuden lisääntyminen (puhetulva) 3. ajatuksenriento tai tunne siitä, että ajatustoiminta on kiihtynyt 4. tavanomaisten sosiaalisten käytöstopojen häviäminen siten, että esiintyy olosuhteisiin nähden epäasiallista käyttäytymistä 5. unen tarpeen väheneminen 6. itsetunnon kohoaminen tai kuvitelmat omista kyvyistä tai suuruudesta (grandiositeetti) 7. keskittymiskyvyttömyys tai jatkuvat muutokset toi-

	<p>minnassa tai suunnitelmissa</p> <p>8. uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä henkilö ei tunnista (esimerkiksi tuhlaileva ilonpito, hurjat seikkailut tai vastuuton ajotapa)</p> <p>9. lisääntynyt seksuaalinen halukkuus tai seksuaalinen holtittomuus</p>
	<p>7. Ei esiinny aistiharhoja tai harhaluuloja (havaintohäiriöitä, kuten kuulon terävöitymistä tai värien näkemistä kirkkaampina saattaa esiintyä).</p> <p>8. Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön tai elimelliseen aivo-oireyhtymään.</p>
Masennusjakso	<p>9. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.</p>
	<p>10. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:</p>
	<p>1. masentunut mieliala suurimman osan aikaa</p> <p>2. kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää</p> <p>3. vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys</p>
	<p>11. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä:</p>
	<p>4. itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen</p> <p>5. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset</p> <p>6. toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen</p> <p>7. subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jatkailuna</p> <p>8. psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu</p> <p>9. unihäiriöt</p> <p>10. ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos</p>
	<p>Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B.</p>
Sekamuotoinen jakso	<p>Hypomaaniset, maaniset ja masennusoireet esiintyvät samanaikaisesti tai hyvin tiheästi vaihdellen. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriön jakso, ja ajankohtaisen jakson aikana sekä maanisia että masennusoireita on esiintynyt suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan.</p>

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyypin 2 tunnistaminen on hankalampaa kuin tyypin 1, koska tyypin 2 kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat viettävät suurimman osan ajasta masentuneina. He hakeutuvat hoitoon, koska kokevat masennuksen ja masennukseen yleisinä liittyvät oheishäiriöt ja somaattiset oi-

reet toimintakykyä ja elämänlaatua huonontavina. He eivät tuo hypomaanisia oireita spontaanisti esiin, koska toisin kuin maniasta johtuvat haitat, hypomaanisista oireista ei koeta olevan vastaavaa haittaa ja sairastunut voi kokea ne osana persoonaansa. Myös sairaudentunnottomuus, leimaamisen pelko tai aiempi psykiatrinen perhehistoria saattavat lisätä riskiä, että sairastunut saattaa jättää kertomatta aiemmista oireistaan hoitavalle henkilölle. Mikäli jätetään tarkistamatta aiempia mielialavaiheita, saattaa hypomaaniset piirteet jäädä huomaamatta. Myös ärtyneitä mielialaoireita euforisen ja sekamuotoisuuden lisäksi tulisi hakea aktiivisesti. (Mantere 2008.)

Jopa psykiatrisessa hoidossa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen on vaikeaa ja viive diagnoosin saamiseen on keskimäärin lähes kahdeksan vuotta, kuten Arvilommi ym.(2004) tutkimuksessaan toteavat. Tutkimuksessa tutkittiin kolmen suomalaisen kaupungin psykiatrisessa osasto- ja avohoidossa olevia skitsofreniaa sairastamattomia potilaita (n=1630). (Arvilommi ym. 2004, 365.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy yleisesti itsetuhoinen käyttäytyminen, johon riskitekijöinä ovat masennus, toivottomuus, samanaikainen muu mielen-terveyden häiriö ja aikaisempi itsemurhayritys. Kohonneen itsemurhariskin vuoksi on erittäin tärkeää tunnistaa etenkin masennus- ja sekamuotoiset jaksot. (Kiiltomäki ym. 2007, 64-65; Mantere 2008.) Myös somaattinen sairastavuus on yleistä. Verenkiertohäiriöt, ylipaino ja diabetes ovat tavallista yleisempiä, kuten myös neurologiset sairaudet, hengityselinsairaudet ja infektiosairaudet. Erityisesti masennusjaksoihin saattaa liittyä fyysiset tuntemukset ja elimellisoireiset häiriöt. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön maailmanlaajuinen elinaikainen esiintyvyys on tyypin 1 osalta 0.6% ja tyypin 2 osalta 0.4% (Andrade ym. 2011). Esiintyvyyttä Suomessa ei tunneta täysin tarkasti, Terveys 2000-tutkimuksen mukaan elin- aikaisen esiintyvyyden todettiin olevan 0.24% (Hintikka ym. 2007). Ikäryhmässä 19-34-vuotiaat tyypin 1 esiintyvyys on 0.53% ja tyypin 2 esiintyvyys on 0.72%. Tarkemmin määrittämättömän kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyys on 0.61% (Aalto-Setälä ym. 2007). Erot tyypin 1 ja tyypin 2 välillä ovat pienet. Kui-

tenkin tiedetään, että tyypin 2 häiriö on löydetty huonommin kuin tyypin 1 häiriö. (Mantere 2008.)

2.2 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonta ja diagnosointi

Pääsääntöisesti kaksisuuntaisen mielialahäiriön tutkimus, diagnosointi ja hoidon aloitus toteutetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (Suominen & Valtonen 2013). Mielenterveyshäiriöiden toteamisen ja hoidon tehon arvioinnin apuvälineinä arviointiasteikoilla on merkittävä rooli. Arviointiasteikoita voidaan käyttää tukena muun muassa sairauksien seulonnassa ja diagnostiikassa sekä työ- ja toimintakyvyn, hoidon vaikuttavuuden ja haittojen arvioinnissa. Mielenterveyshäiriöiden toteamiseen tai hoidon arvioimiseen ei ole olemassa objektiivista laboratoriokoetta tai muutakaan testiä. Kliinisessä työssä arviointiasteikoiden käyttöä pidetään hyvänä ja tarkoituksenmukaisena. Tällaisia psykiatrisia menetelmiä on Suomessakin satoja erilaisia. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Menetelmien validiteetti eli oikeellisuus ja reliabiliteetti eli toistettavuus ovat erittäin tärkeitä. Oikeellisuus kuvaa sitä, kuinka hyvin arviointiasteikko mittaa sitä, mitä sen on tarkoitettu mittaavan. Toistettavuus taas kuvaa sitä, saavatko eri arvioijat asteikolla samoja tuloksia ja saadaanko asteikolla samoja tuloksia toistettaessa kysely samalla henkilöllä. Suomessa käytetään usein käännösversioita arviointiasteikoista, jolloin käännösversion luotettavuudesta on suhteellisen vähän tutkimustuloksia tai alkuperäisen tutkimuksen version luotettavuus voi olla osoittamatta. Kulttuurierojen tai pientenkin käännösvirheiden vuoksi suomeksi käännetty mittari ei toimi yhtä hyvin kuin alkuperäismaassa tai alkuperäiskielellä. Huonot ja epävalidit arviointiasteikot heikentävät arvion laatua eikä niitä kannata ajan tuhlaamiseksi käyttää. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostiikassa tulisi säilyttää maltti. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön uudeksi ongelmaksi on noussut yliagnostiikka, jonka riskiä lisää merkittävästi monihäiriöisyys ja etenkin persoonallisuushäiriöt. (Suominen & Valtonen 2013.) Tutkimuksissa on todettu, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista 45%:lla on samanaikainen ahdistuneisuushäiriö,

24%:lla paniikkihäiriö, 14%:lla alkoholiriippuvuus, 8%:lla syömishäiriö ja 41%:lla jokin persoonallisuushäiriö (Arvilommi ym.2006). Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön komorbiditeettina eli monihäiriöisyytenä liittyvät yleisesti ahdistuneisuus-, päihde-, tarkkaavaisuus- tai käytöshäiriö ja muuta väestöä useammin esiintyy syömishäiriöitä ja elimellisoireisia häiriöitä. Monihäiriöisyys yleensä pitkittää ja vaikeuttaa oireilua, lisää sairaalahoidon tarvetta, pitkittää maniajaksoja ja lisää maniajaksojen todennäköisyyttä sekä heikentää kaksisuuntaisen mielialahäiriön ennustetta. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013).

Persoonallisuushäiriöistä tyypillisinä esiintyy epäsosiaalinen tai epävaka persoonallisuus. Skitsoaffektiivinen häiriö muistuttaa piirteiltään kaksisuuntaista mielialahäiriötä, mutta sille on tunnusomaista pitkäaikaiset ja pysyvät psykoottiset oireet silloinkin, kun mielialaoireita ei esiinny. Psykoottiset oireet kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä yleensä häviävät mielialaoireiden normalisoiduttua. Taulukossa 2. kuvataan erotusdiagnostiikassa huomioon otettavia häiriöitä (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus 2013.)

Taulukko 2. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön erotusdiagnostiikka ICD-10 tautiluokituksen mukaan. (Kaksisuuntaisen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus, 2013.)

	Kaksisuuntaisen mielialahäiriö	Toistuva masennus	Skitsoaffektiivinen häiriö	Epävakaa persoonallisuus	Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)	Päihdehäiriö
Sairausten tyypillisimmät piirteet.	Toistuvia masennuksen, mania- tai hypomania- sekä sekamuotoisia sairausjaksoja.	Toistuvia masennusjaksoja.	Skitsofrenialle luonteenomaisia psykoottisia oireita masennus-, mania- tai sekamuotoisten jaksosten aikana.	Minäkäsityksen ja ihmisten suhteiden ja mielialan epävakaus sekä impulsiivisuus.	Pitkäaikainen lapsuudessa alkanut tarkkavuuden säätelyn, yllykkeiden hillitsemisen ja toiminnanohjauksen vaikeus.	Päihteen käyttö tiedossa olevista haittoista huolimatta.
Tyypillinen erotusdiagnostinen ongelma suhteessa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön.		Onko koskaan esiintynyt kiistatonta hypomaanista, maanista tai sekamuotoista jaksoa?	Onko kyseessä psykoottinen mania tai depressio vai skitsoaffektiivinen psykoosi?	Onko intensiivisessä mielialojen vaihtelussa ja kiihkeässä toiminnassa kyse hypomaniasta?	Johtuvatko nuoren aikuisen ylivilkkaus ja impulsiivinen käytös kohonneesta mielialasta?	Johtuuko poikkeava, (hypo)maaniselta vaikuttava käytös päihteen käytöstä?
Mikä erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä?		Potilaalla ei ole koskaan maniaa tai hypomaniata.	Potilaalla on skitsofrenialle luonteenomaisia psykoottisia oireita, kuten hallusinaatioita, vaikutuselämyksiä tai bisarreja harhaluuloja.	Persoonallisuushäiriö on pysyvä ominaisuus. Hypomania esiintyy erillisinä jaksoina. Pitkäaikaisesti kohonnutta mielialaa ei esiinny puhtaissa persoonallisuushäiriöissä.	ADHD on pitkäaikainen, jo lapsuudessa alkanut häiriö. (Hypo)maniat esiintyvät erillisinä sairausjaksoina.	Päihteen käyttö alkaa ennen muutosta mielialassa ja käytöksessä. Ei päinvastoin, kuten kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä.

Depression Käypä hoito-suosituksessa kaksisuuntainen mielialahäiriö nostetaan erääksi keskeiseksi erotusdiagnostiseksi kysymykseksi, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito eroaa merkittävästi tavanomaisen masennustilan hoidosta (Depressio: Käypä hoito – suositus 2013). Masennuspotilaalta tulee selvittää mahdolliset aiemmat lisääntyneen aktiivisuuden kaudet ja kysyä kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintymisestä lähisuvussa.

2.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon keskeisin hoitomuoto on sairauden ajankohtaisen vaiheen mukaan valittu mielialaa tasaava lääkehoito. Lääkehoidon lisäksi sairauden hoito koostuu psykoterapeuttisesta hoidosta ja itsehoidosta. Hoidon tulee rakentua yksilölliset tarpeet huomioon ottavaksi kokonaisuudeksi. Hoidossa huomioidaan potilaan yksilölliset ja eri sairausvaiheiden mukaan muuttuvat hoitotarpeet sekä sairauden pitkäaikaiskulku. Hoidon jatkuvuuden varmistaminen on tärkeää. Sairauden hoito jaetaan akuuttivaiheen hoitoon ja ylläpitohoitoon. (Suominen & Valtonen 2013; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Sairaalahoidon aiheita ovat usein vakava itsetuhoisuus, psykoottisuus, kyvyttömyys huolehtia itsestään ja merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen. Sairaalahoito voidaan tarvittaessa toteuttaa potilaan tahdosta riippumatta mielenterveystien mukaan (Mielenterveystienlaki 14.12.1990/1116). **Avohoito** voidaan katsoa akuuttivaiheessa riittäväksi hoitomuodoksi, jolloin potilaan tilaa seurataan tiiviisti säännöllisin tapaamisin. Hoidon tehon arviointiin suositellaan käytettäväksi arviointiasteikkoa masennusoireiston ja maanisten oireiden määrittämiseksi sekä mielialapäiväkirjaa mielialan seuraamiseksi. (Suominen & Valtonen 2013; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Akuuttivaiheen hoidon määrittää vaiheen laatu (mania, hypomania, depressio, sekamuotoinen jakso) ja vaikeusaste. Akuutin vaiheen hoidon tavoitteena on eutyminen eli tasainen mieliala, jolloin potilas on oireeton tai oireet ovat hyvin lieviä ja ohimeneviä. Akuutin manian hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä, joista on

lääkehoidossa eniten näyttöä, ovat aripipratsoli, asenapiini, haloperidoli, karbamatsepiini, ketiapiini, litium, olantsapiini, risperidoni, tsipradisoni ja valproaatti. Lääkehoidon valitsemisessa on tärkeää yksilöllisen hyöty- ja haittasuhteen saavuttaminen. Mahdollinen masennuslääke on syytä lopettaa. Vaikeassa maniasa voidaan tarvita eri lääkehoitojen yhdistämistä. Hypomaniassa ylläpitolääkkeen annosta suurennetaan ja hypomanialle altistava masennuslääkitys lopetetaan. Uudempaa psykoosilääkitystä voidaan käyttää lyhytaikaisesti masennuslääkkeen sijasta. Sekamuotoinen jakso voidaan hoitaa lääkehoidolla kuten maniajaksokin. (Suominen & Valtonen 2013; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Masennusvaiheen hoidossa tehokkain lääkeaine on ketiapiini, josta on paras näyttö. Lamotrigiini on ilmeisen tehokas ja litium sekä valproaatti ovat jossain määrin tehokkaita masennusvaiheen hoidossa. Yhdistelmä toisen polven psykoosilääkkeestä ja SSRI-lääkkeestä on todettu tehokkaaksi, kuten fluoksetiinin ja olantsapiinin yhdistelmä. Tähän yhdistelmään saattaa liittyä vaiheen kääntymisen vaara. Masennuslääkitys yhdistettynä mielialantasaajiin hyödyttää osaa potilaista, mutta hyöty on todennäköisesti vähäisempi kuin masennustilassa ja yhdistelmään saattaa liittyä riski vaiheen kääntymisestä. Asianmukaisen lääkehoidokokeilun jälkeen voidaan harkita psykiatrasta sähköhoitoa, joka on todettu olevan yhtä tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa kuin yksisuuntaisen masennustilan hoidossa. On olemassa uusia toisen linjan lisälääkevaihtoehtoja masennusvaiheen hoitoon, kuten modafiniili ja pramipeksoli. Myös ketamiinia ja rilutsolia on kokeiltu masennusvaiheen hoitoon. Omega3 – rasvahappojen lisäämisestä muuhun lääkehoitoon saattaa olla hyötyä masennusvaiheen hoidossa. (Suominen & Valtonen 2013; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Ylläpitohoitoon voidaan siirtyä oireettomuuden saavuttamisen jälkeen. Ylläpito-hoidon tarve määritetään aiempien vaiheiden määrän ja laadun mukaan. Ylläpitohoito aloitetaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin tekemisen jälkeen. Tavoitteena ylläpito-hoidolla on ehkäistä uusia mielialahäiriöjaksoja ja lievempiä oireita varsinaisten jaksojen välillä, joilla saattaa olla merkittävää vaiku-

tusta toimintakykyyn. Elämänmittainen lääkitys on suositeltavaa tyyppin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Tyyppin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä elämänmittaista lääkitystä suositellaan, jos sairausjaksoihin on liittynyt vakavaa itsetuhoisuutta, psykoottisia masennusjaksoja tai merkittävää toimintakyvyyttömyyttä tai sairausjaksoja on ollut useita. Ylläpitolääkityksen lopettamista asteittain tyyppin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä voidaan harkita, mikäli häiriön kuva on lieväoireinen. Kliinisen kokemuksen perusteella jotkut potilaat saattavat hyötyä ylläpitohoidon aikana masennuslääkityksen yhdistämisestä mielialantasaajiin. Lääkehoidossa käytettäviin lääkityksiin liittyy merkittäviä somaattisia haittoja, joiden ilmaantumista tulee seurata hoidon aikana seurantasuosituksen mukaisesti. (Suominen & Valtonen 2013; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Psykososiaalinen hoito kuuluu tärkeänä osana kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon lääkehoidon ohella. Hoidon tavoitteena on potilaan tukeminen sairauden hoidossa, auttaminen lääkehoitoon sitoutumisessa, helpottaa potilasta tunnistamaan mielialajaksojen varhaisoireita ja lievittää potilaan sekä omaisten sopeutumista sairauteen. Keskeisiä asioita psykososiaalisen hoidon toteutuksessa ovat tiedon välittäminen sairauden oireista, lääkkeiden hyöty- ja haittavaikutusten läpikäyminen, varhaisoireiden tunnistamisen opettaminen, mielialajaksoille altistavien ja jaksoja laukaisseiden tekijöiden tunnistaminen, mielialahäiriön aiheuttamien ihmissuhdeongelmien käsittely ja potilaan perheen tukeminen sekä ohjaaminen sairauden hoidon tukemisessa. (Suominen & Valtonen 2013; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Psykososiaalisen hoidon yleisin terapiamuoto on psykoedukaatio, jossa välitetään tietoa sairauden eri vaiheiden oireista ja sairauden kulusta. Psykoedukaatiossa on tärkeää käydä läpi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairautena yleisellä tasolla ja potilaan oman sairaudenkuvan erityispiirteitä. Psykoedukaation tavoitteet mukailevat psykososiaalisen hoidon tavoitteita. (Suominen & Valtonen 2013.)

Muita kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon spesifisesti kehitettyjä terapiamuotoja ovat kognitiivinen ja kognitiivis-behavioraalinen hoito, perhehoito ja in-

terpersonaaliseen terapiaan perustuva hoito. Kognitiivinen remediaatio saattaa olla hyödyllinen sairastavan kognitiota parantavana kuntoutuksen muotona. Hoitoon sitoutumisen kannalta on huolestuttavaa, että vain alle puolet sairastavista sitoutuu säännölliseen pitkäaikaiseen lääkitykseen. Psykososiaalisella hoidolla saattaa olla merkittävä hoitomyöntyvyyttä lisäävä vaikutus. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

2.4 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveys-tarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) määrittelee mielenterveystyön siten, että sillä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Mielenterveystyö on yhteiskunnan kaikilla sektoreilla tapahtuvaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, häiriöiden ja sairauksien ehkäisemistä, hoitoa ja kuntoutusta sekä itsemurhien ehkäisyä. Häiriöiden ja sairauksien ehkäisemisen

tulee kohdistua ihmisiin, joilla on sairastumisriski, ensioireita tai riski sairastua uudelleen. Itsemurhien ehkäisyn tavoitteena on yksinkertaisesti vähentää mielenterveyden häiriöihin liittyvää kuolleisuutta. (Kiiltomäki ym.2007, 121-123.)

Kansanterveyslaitoksen toteuttaman Terveys 2000-tutkimuksen päätavoite oli tuottaa ajankohtainen kattava kuva väestön terveydestä ja toimintakyvystä sekä hankkia tietoja ihmisten yleisestä terveydentilasta ja toimintakyvystä. Tavoitteena oli myös hankkia tietoja tärkeimmistä kansansairauksista ja toiminnanvaurioista sekä palvelujen käytöstä ja tarpeesta. Tutkimuksen mukaan mielenterveyspalvelujen keskeisimmät tuottajat ovat terveyskeskukset, mielenterveystoimistot ja valikoima muita tuottajia. Kyselytutkimukseen vastanneista täysikäisistä suomalaisista 5,4% (n=8028) oli käyttänyt mielenterveyspalveluita kuukauden 12 kuukauden aikana, joista terveyskeskuksissa hoitoa oli saanut 2,1%. Sairaalan- tai terveydenhoitajan luona oli mielenterveysongelmien vuoksi käynyt 1,6% vastanneista. (Kansanterveyslaitos 2006, 51-54.) Kuten Koskinen ym. (2012) toteavat tutkimuksessaan, terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi ei ole merkittävästi muuttunut vuoden 2000 jälkeen. Tutkimukseen kutsuttiin kaikki elossa olevat Terveys 2000 – tutkimukseen 11 vuotta aiemmin kutsutut henkilöt (n=7964) ja vähennettiin vuonna 2011 olevat alle 30-vuotiaat. (Koskinen ym. 2012, 180.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitosuosituksen mukaan sairauden diagnosointi ja hoidon aloittaminen kuuluvat psykiatriselle erikoissairaanhoidolle. Hoito voidaan kuitenkin siirtää perusterveydenhuoltoon sairauden pitkäaikaisessa vähäoireisessa vaiheessa. Perusterveydenhuollon merkitys kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisessa on suuri. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää aikaisempien tieteellisten tutkimusten perusteella miten hoitohenkilöstö voi tunnistaa diagnosoimatonta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan perusterveydenhuollossa.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilökunnan tietoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja sen tunnistamisesta.

Tutkimusongelma:

1. Miten hoitohenkilöstö voi tunnistaa diagnosoimatonta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan perusterveydenhuollossa.

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisen tehostaminen terveydenhuollossa on tärkeää potilaan asianmukaisen hoidon takaamiseksi. Hoitoon hakeudutaan usein juuri pidempikestoisten tai vaikeampien masennusjaksojen aikana, hypomanian tai manian aikaan hoitoon ei joko hakeuduta tai hoitoon tullaan toisten aloitteesta ja usein omasta tahdosta riippumatta. Keskimäärin viive oireiden alkamisesta diagnoosin saamiseen on kahdeksan vuotta. Diagnoosi voi usein jäädä kokonaan tekemättäkin, mutta viive diagnoosiin on inhimillisesti liian pitkä. Tarkempi seulonta arviointiasteikoilla perusterveydenhuollossa parantaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista, vaikka positiivinen seulontatulokset merkitsisi vasta häiriön epäilyä. Arviointiasteikon tulee soveltua ajankäytöllisesti perusterveydenhuollossa käytettäväksi. (Mantere 2008; Jääskeläinen & Miettunen, 2011; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.) Tämän opinnäytetyön aihe valikoitui tarpeesta kehittää kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista perusterveydenhuollossa yksinkertaisin seulontamenetelmin ja lisätä perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilöstön tietoutta sairaudesta. Opinnäytetyössä yhdistetään aikaisempaa tutkimustietoa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin käytettäväksi käytännön hoitotyön apuna. Tutkimuksen toimeksiantajana on Salon terveystieteiden keskus, jonka kanssa tehtiin toimeksiantosopimus (Liite 1).

Tutkimusmenetelmänä käytetään systemaattista kirjallisuuskatsausta, joka rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittelemisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on identifioida ja kerätä jo olemassa olevaa tietoa. Kerätyn tiedon laatua arvioidaan ja tuloksia rajatusta ilmiöstä syntetisoidaan retrospektiivisesti ja kattavasti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehdään niin, että se on toistettavissa. Menetelmät, joilla kirjallisuus on kerätty ja kriteerit, joilla alkuperäistutkimukset on valittu,

pitää kuvata. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessi etenee tutkimussuunnitelman hahmottamisesta, tutkimuskysymyksen asettamisesta, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista tulosten esittämiseen. Tutkimuskysymys, menetelmä ja strategia alkuperäistutkimusten keräämiseksi esitellään tutkimussuunnitelmassa. Tutkimussuunnitelmassa määritellään alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Hannula & Kaunonen 2006.) Tämän opinnäytetyön tutkimussuunnitelma toimitettiin toimeksiantajalle hyväksyttäväksi. Tutkimuslupa myönnettiin 7.2.2012 (liite 2).

Aineisto kerättiin käyttämällä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää eri tietokannoista hakusanoja käyttäen ja tutkimukset valittiin etukäteen määritellyillä sisäänotto- ja poissulkukriteereillä. Alkuperäistutkimuksia haettiin luotettavaa tieteellistä tietoa tarjoavista tietokannoista. Tiedonhakuprosessissa haku suoritettiin tietokannoista Cinahl, Cochrane, Medic ja Pubmed. Hakusanoina käytettiin ”Bipolar disorder”, ”screening” ja ”primary care”. Haku rajattiin julkaisuvuoden mukaan käsittämään vuoden 2005 jälkeiset alkuperäistutkimukset (taulukko 3). Hakuprosessin tuloksena valittiin kuusi alkuperäistutkimusta.

Taulukko 3. Tiedonhaun tulokset.

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Cinahl	Bipolar disorder + screening + primary care (rajaus v.2005 – 2014)	37	5	3	1
Cochrane	Bipolar disorder + screening + primary care (rajaus v.2005 – 2014)	78	3	0	0
Medic	Bipolar disorder + screening + primary care (rajaus v.2005 – 2014)	3	1	0	0
Pubmed	Bipolar disorder + screening + primary care (rajaus v.2005 – 2014)	271	18	8	5

Tutkimuskysymyksellä on tarkoitus määritellä ja rajata se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan (Hannula ja Kaunonen 2006). Täsmällisten tutkimuskysymysten avulla rajataan systemaattinen kirjallisuuskatsaus riittävän kapealle alueelle. Näin huomioidaan aiheen kannalta keskeinen kirjallisuus ja tutkimukset kattavasti. (Axelin ym. 2007.) Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on, miten perusterveydenhuollossa työskentelevä hoitohenkilöstö voi tunnistaa diagnosoimatonta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan?

Tutkimustiedon laatua arvioidaan sillä, miten luotettavaa tutkimuksen antama tieto on ja tutkimustulosten kliinisen merkityksen sekä tulkinnan mukaan. Lopulliseen analyysiin tulevat edellä mainitun prosessin kautta valikoituneet tutkimusartikkelit ja tulokset esitetään havainnollistamalla valittua menetelmää käyttäen. (Hannula & Kaunonen 2006.) Laadunarvioinnissa kiinnitettiin huomiota otsikointiin, tutkijoiden pätevyyteen, tutkimusasetelmaan sekä tiivistelmän, johdannon ja kirjallisuuskatsauksen sisältöön. Lisäksi tarkasteltiin tutkimusongelmia, kohdejoukkoa, eettisyyttä, tuloksia, pohdintaa sekä tehtyjä johtopäätöksiä. Lopulliseen katsaukseen valittiin kuusi tutkimusta, joista saatiin vastaus tutkimusongelmaan (taulukko 4).

Taulukko 4. Analyysiin valitut tutkimukset.

Teki-jät,maa,vuosi	Tavoite	Menetelmä	Otos (n=)	Keskeiset tulokset
Chiu, J. & Chokka P. 2011, Kanada.	Kuvata kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyyttä perusterveydenhuollon potilailla, jotka saavat positiivisen seulontatuloksen MDQ - seulontakyselyssä.	Yleisyystutkimus, kysely-haastattelut. MDQ - seulontakysely, 12-Item Short Form -terveyskysely, Sheehan Disability Scale -toimintakykyarviolomake.	n=1304 potilasta	Tutkimukseen osallistuneista 27.9% saivat positiivisen seulontatuloksen. Tämä ryhmä raportoi merkittävästi enemmän ahdistuneisuutta, masennusta, päihteiden käyttöä, tarkkavaisuus- ja ylivilkkaushäiriötä, kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä suvussa tai itsetuhoisuutta. Potilaat, joilla esiintyy em. oireita, tulisi haastatella kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyydestä suvussa ja itsetuhoisuuden osalta sekä seuloa MDQ - seulontakyselyllä.
Chen, Y.; Gill, J.; Grimes, A. & Klinkman, M. 2011, Yhdysvallat.	Sähköisten potilastietojärjestelmien vaikutus kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisessa, diagnosoimisessa ja hoidossa	Interventiotutkimus. Sähköiseen potilastietojärjestelmään asennettiin seulontatyökaluksi instrumentti, joka aktivoituu automaattisesti potilaan kohdalla, jolla on diagnosoitu masennus, mutta ei kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia	Interventoryhmä n=8355 potilasta Vertailuryhmä n=8799 potilasta 21 lääkäriasemaa 75 klinikkoa	Interventoryhmän potilaista 47.5%:lla seulonta instrumentti käynnistyi ja näistä 2.5%:lla oli korkea riski sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön Interventoryhmän potilaat saivat todennäköisemmin kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin ja heille määrättiin lääkitys Sähköiseen potilastietojärjestelmään liitetyt seulontatyökalut voivat olla hyödyllisiä seulottaessa kaksisuuntaista mielialahäiriötä masentuneilta potilailta
Craddock, N.; Griffiths, E.; Hood, K.; Kelly, M.; Simpson, A. & Smith, D.J. 2011, Iso-Britannia.	Arvioida masentuneiden potilaiden määrä, jotka täyttävät DSM-IV tautiluokituksen asettamat kaksisuuntaisen mielialahäiriön kriteerit Testata HCL-32 ja BSDS - seulontamittareita perusterveydenhuollossa Arvioida elämänlaadun ja psykososiaalisen toimintakyvyn eroavai-	Kaksiosainen seulontatutkimus perusterveydenhuollossa	n=576 potilasta 45 terveysasemaa	Perusterveydenhuollossa hoidossa olevista masennuspotilaista 3.3%-21.6% saattaa sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä HCL-32 ja BSDS seulontakyselyt saattavat olla toimivampia seulomaan kaksisuuntaista mielialahäiriötä DSM-IV tautiluokituksen kriteereitä väl-

	suuksia niillä henkilöillä, joilla on vakavat masennusoireet ja diagnosoitakriteereitä lievemmät maaniset oireet, ja henkilöillä, joilla on vakavat masennusoireet, mutta ei ole lainkaan tai hyvin vähäisiä maanisia oireita			jempien kriteereiden ollessa käytössä
Daurignac, E.; DeGruy, F.; Dubovsky, A.; Dubovsky, S.; Fox, C.; Griswold, K.; Hewitt, B.; Leonard, K. & Seymour, D. 2011, Yhdysvallat.	Tutkia lieväoireisen tai tyypillisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyyttä ja hoitoa perusterveydenhuollon potilailla, jotka sairastavat masennusta ja hoidetaan masennuslääkityksellä	Tehtiin MINI -seulontakysely potilailla	n=58 potilasta Kaksi lääke- riasemaa	Tutkituista 19% täytti kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyypin 1 kriteerit ja 8.6 tyypin 2 kriteerit. Lieviä oireita oli 31% tutkitavista Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kriteerit täyttävien yleisyys ja aiempi tunnistamattomuus tutkittavien joukossa tukee seulontakyselyjen käyttöä sekä sitä, että kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista perusterveydenhuollossa tulisi kehittää
Blanco, C.; Das, A.; Feder, A.; Gameroff, M.; Gross, R.; Lantigua, R.; Neria, Y.; Olfson, M.; Pilowsky, D.; Shea, S. & Weissman, M. 2005, Yhdysvallat.	Seuloa kaksisuuntaista mielialahäiriötä aikuisilta perusterveydenhuollon potilailta ja tutkia sairauden kliinistä kuvaa sekä vaikutusta toimintakykyyn	Kvantitatiivinen tutkimus, systemaattinen satunnaisotanta MDQ - kysely, Prime -MD kysely, Medical Outcomes Study 12-Item Short Form -terveyskysely, Sheehan Disability Scale -toimintakykyarviolomake, potilaan psykiatrinen hoitohistoria ja sairaushistoria sekä ICD-9 diagnosoiluokitus	n=1157 potilasta	Positiivisen seulontatuloksen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sai 9.8% tutkitavista Näistä 72.3% haki apua oireisiinsa, mutta vain 8.4% oli kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnosi. Positiivisen seulontatuloksen saaneista 68.2% oli ajankohtaisesti masennus- tai ahdistuneisuusoireita sekä päihdeongelmaa.
Carlson, C.; Cass, A.; Hirschfeld, R. & Holt, D. 2005, Yhdysvallat.	Tutkia kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyyttä perusterveydenhuollon potilailla, jotka sairastavat masennusta ja hoidetaan masennuslääkityksellä	Potilaat tekivät MDQ -seulontakyselyn. Osalle positiivisen seulontatuloksen sekä osalle negatiivisen seulontatuloksen saaneista tehtiin SCID -haastattelu	n=649 potilasta	Tutkituista 21.3% saivat MDQ:sta positiivisen seulontatuloksen, joista kahdella kolmasosasta ei ole ollut koskaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia

Opinnäytetyöhön valitut alkuperäistutkimukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöistä sisällönanalyysia on aiheellista käyttää, kun aikaisempi tieto on hajanaista. Aineistosta johdetaan kategoriat tutkimusongelmien ohjaamana. Teoreettinen kokonaisuus pyritään luomaan siten, ettei aikai-

semmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. Aineiston analyysi etenee järjestyksessä pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Sisällönanalyysi alkaa valmisteluvaiheella, jolloin valitaan analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla sana tai lause. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 135.) Tässä työssä analyysiyksiköksi valittiin lause ja alkuperäistutkimuksista poimitut lauseet pelkistettiin ilmaisuiksi. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin alaluokiksi, joista muodostui yksi pääluokka.

Tulosten esittäminen on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe. Tulokset tulee esittää selkeästi ja ymmärrettävästi. Apuna voidaan käyttää erilaisia kuvioita ja taulukoita. Käytännön hyödyntämistä helpottaa selkeä kirjoitus-tyyli. (Axelin ym. 2007, 97.) Tämän opinnäytetyön tulokset raportoitiin sanallisesti ja tuloksista kirjoitettiin artikkeli, joka vietiin Hoitonetti – sivustolle hoitotyön ammattilaisten käyttöön hyödynnettäväksi. Valmis opinnäytetyö esitettiin syksyllä 2014 Turun ammattikorkeakoulun Salon yksikössä. Kirjallinen tuotos toimitettiin toimeksiantajalle ja julkaistiin ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa Theseuksessa.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Perusterveydenhuollossa työskentelevä hoitohenkilöstö voi tunnistaa diagnosoimatonta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan käyttämällä psykiatrisia arviointiasteikkoja ja potilaan oireiden perusteella (taulukko 5).

Taulukko 5. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen

Suora lainaus	Alaluokka	Pääluokka
Mood Disorder Questionnaire (MDQ) (Chiu & Chokka 2011, Carlson ym. 2005, Blanco ym. 2005)	Psykiatriset arviointiasteikot	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen
Semistructural clinical interview (SCID) (Carlson ym. 2005)		
Mini International Neuropsychiatric Inventory (MINI) (Daurignac ym. 2011, Blanco ym. 2005)		
Electronic Health – Record Based Tools (Chen ym. 2011)		
Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) ja Hypomania Checklist (HCL – 12) (Craddock ym. 2011)		
Masennusoireisto (Craddock ym. 2011, Carlson ym. 2005)	Oireet	

Mood Disorder Questionnaire (MDQ) – mielialahäiriökysely on potilaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön luotettavaksi vahvistettu seulontamenetelmä psykiatrisessa avohoidossa ja yleisessä väestössä käytettynä. MDQ – mielialahäiriökysely koostuu 13:sta kyllä tai ei - kysymyksestä. Kysymykset liittyvät mielialaan, itsetuntoon, energisyyteen, sosiaalisuuteen, seksuaalisuuteen ja muuhun käyttäytymiseen. Lisäksi kaksi kysymystä liittyy oireilun samanaikaisuuteen ja oireilun haitta - asteen arviointiin. Positiiviseen seulontatulokseen tarvitaan 7 tunnistettua oiretta, kahden tai useamman oireen samanaikaista esiintymistä ja oireista aiheutuvaa vakavaa haittaa potilaalle. Positiivinen seulontatulos tarkoittaa ainoastaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön epäilyä eikä diagnoosia, koska MDQ – mielialahäiriökysely on nimenomaan seulontamenetelmä. Positiivisen seulontatuloksen saaneen potilaan tarkempi haastattelu ja arviointi on suositel-

tavaa ja helppoa aloittaa kysymällä potilaalta sekä potilaan läheisiltä aiemmasta kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön viittaavasta oireilusta. (Carlson ym. 2005.) Positiivisen seulontatuloksen saaneilla on muita todennäköisemmin aiemmin esiintynyt mielenterveysongelmia (Blanco ym. 2005).

Nopean ja korkean tuottavuuden seulontamenetelmän käyttäminen perusterveydenhuollossa on todettu olevan kannattavaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireiden tunnistamisessa ja potilaiden ohjaamisessa jatkotutkimuksiin. Koska kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat potilaat hakeutuvat todennäköisimmin hoitoon masennusjakson aikana, tulisi hoitohenkilöstön tunnistaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön mahdollisuus jokaisen masennuksen vuoksi hoidettavana olevan potilaan kohdalla. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson hoitaminen yksisuuntaisena masennuksena masennuslääkityksen avulla, saattaa johtaa pahimmillaan mielialavaiheen kääntymiseen tai tiheään vaihteluun. MDQ – mielialahäiriökysely on menetelmänä nopea, herkkä ja helposti tulkittava kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulontatyökalu hoitohenkilöstön käyttöön. (Chiu & Chokka, 2011.)

Semistructural clinical interview (SCID) on yleisesti psykiatriassa käytetty mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen ja diagnosointiin tarkoitettu moniosainen strukturoitu haastattelumenetelmä. SCID - haastattelumenetelmää voidaan käyttää diagnostiikan tukena esimerkiksi positiivisen seulontatuloksen MDQ - mielialahäiriökyselyssä saaneen potilaan kohdalla. (Carlson ym. 2005.)

Mini International Neuropsychiatric Inventory (MINI) on strukturoitu haastattelumenetelmä, jolla arvioidaan muun muassa hypomanian ja manian oireita. Diagnosoimattoman kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoa sairastavalta potilaalta saattaa jäädä huomaamatta esimerkiksi hypomaaniset jäänösoireet, koska masennuksen oireet ovat maniaoireita helpommin havaittavissa ja masennusjaksoa saatetaan hoitaa tällöin masennuslääkityksellä normaaliina masennuksena. Strukturoitu haastattelumenetelmä parantaa piilevän kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista. Piilevään kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy toimintakyvyn laskua ja monihäiriöisyyttä, joten sen tunnistaminen perusterveydenhuollossa on tärkeää. (Daurignac ym. 2011.)

Strukturoitu haastattelumenetelmä ammattitaitoisen hoitohenkilön toteuttamana, kuten SCID tai MINI, vaikuttaa olevan tarkempi menetelmänä kuin itsetäytettävä MDQ – mielialahäiriökysely. Vaikka MDQ - mielialahäiriökyselyn herkkyys on korkeaa isossa väestötannassa, sen tarkkuus ja herkkyys perusterveydenhuollon käytössä saattaa olla matalampi. Syynä tähän on se, ettei MDQ erittele esimerkiksi lääkaineiden aiheuttamia maniajaksoja. (Blanco ym. 2005.)

Sähköisten potilastietojärjestelmien avulla kaksisuuntaisen mielialahäiriön systemaattista seulontaa on saatu parannettua perusterveydenhuollossa, jossa vastaanottoon käytettävä aika on rajallista. Yksi keino vähentää painetta perusterveydenhuollossa olisi automaattisen seulontaprotokollan käyttö sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Sähköinen potilastietojärjestelmä voisi tuoda nopeasti hoitohenkilökunnan saataville kehittyneemmän seulontatyökalun tunnistamalla kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskiryhmässä olevan potilaan. Muun muassa syöpien seulonnassa on näyttöä tällaisten seulontamenetelmän hyödyistä. Tutkimuksen mukaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonta sähköisen potilastietojärjestelmän avulla osoittautui tehokkaammaksi kuin rutiininomaiset seulontamenetelmät. Jälleen painottuu kaikkien masentuneiden potilaiden systemaattinen ja huolellinen seulonta sekä erotusdiagnostiikka, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoa ei tulisi hoitaa yksisuuntaisena sairauden pahenemisriskin vuoksi. (Chen ym. 2011.)

BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale) ja HCL – 32 (Hypomania Checklist) arviointiasteikoiden käyttäminen yhdessä kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonnassa tuottaa samansuuntaisia tuloksia kuin muissakin tutkimuksissa. Masennusta sairastavilta potilailta seulottaessa kaksisuuntaista mielialahäiriötä HCL – 32 ja BSDS – arviointiasteikoilla, jotka antoivat hyviä tuloksia sairauden tunnistamisessa. Kummatkin arviointiasteikot ovat kehitetty hypomanian tunnistamiseen, joten niiden tulokset eivät täysin vastaa tautiluokitus DSM – V:n kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostisia kriteereitä, vaan ovat hieman väljempiä. Toisaalta tämä on arviointiasteikoiden heikkous kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulontaan käytettäessä. Tutkimustulokset viittaavat ali-diagnostiikan olevan yleistä perusterveydenhuollossa, varsinkin masennusta

sairastavien potilaiden keskuudessa. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön paremalla tunnistamisella saattaisi olla suuria vaikutuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämiseksi masennusta sairastavien potilaiden hoidon hallinnassa. Tautiluokitukseen DSM – V ja ICD – 11 voisi sisällyttää nykyisiä moniulotteisempia kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostisia kriteereitä sekä toistuvan masennuksen että kaksisuuntaisen mielialahäiriön osalta parantaakseen tunnistamista. (Craddock ym. 2011.)

Useat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat potilaat oireilevat ensisijaisesti **masennusoireiston** mukaisesti, joka hankaloittaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista. Väärä diagnoosi on asianmukaisen hoidon kannalta ongelmallista, koska mielialälääkkeet saattavat provosoida maniaoireita ja johtaa huonoon hoitotulokseen. (Craddock ym. 2011.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavaa saatetaan siis hoitaa väärän diagnoosin vuoksi ilman asianmukaista mielialaa tasaavaa lääkitystä (Carlson ym. 2005).

Suurin osa masennusta sairastavista potilaista tunnistetaan ja hoidetaan perusterveydenhuollossa. Viidennes masennuspotilaista saa kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonnassa positiivisen seulontatuloksen. Väärän diagnoosin korkean riskin vuoksi asiantuntijat suosittelevat jokaisen masennusdiagnoosilla hoidettavan potilaan kohdalla seulomista kaksisuuntaisen mielialahäiriön varalta. Seulontaan liittyvänä haasteena perusterveydenhuollossa voidaan pitää rajallista ajankäyttöä potilasta kohden vastaanotolla. (Carlson ym. 2005; Craddock ym. 2011.)

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusetiikkaa säätelevät useat kansainväliset normit ja julistukset, joiden perusteella tutkimusta tulisi tehdä eettisesti kestäväällä tavalla (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 286). Normien perustana voidaan pitää Nürnbergin säännöstöä ja kansainvälistä ihmisoikeuksien julistusta, jotka kiinnittivät huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksien toteutumiseen ja kohteluun (Lääkäriliitto 2013; Yhdistyneet kansakunnat 2013). Suomeen perustettiin vuonna 1991 Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) käsittelemään tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ja edistämään tutkimusetiikkaa. Sen tehtäviin kuuluu vahvistaa tutkimuseettisten periaatteiden mukaista toimintaa ja harjoittaa tutkimuseettistä valistusta ja koulutusta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) edistää alan omia eettisiä normistoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaan tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä asioita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttäminen sekä avoimuus ja vastuullisuus tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.) Tämä opinnäytetyöprosessi on tehty noudattaen hyvän tieteellisen käytännön ohjeita ja toimintatapoja.

Tutkimusaiheen ja tutkimusongelman määrittely ja rajaaminen tutkijan tekemänä ilmentää tutkimuksen kohteen. Lähtökohtaisesti tutkittavan asian tulee olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimusaiheen ja tutkimusongelman määrittely ei saa loukata eikä väheksyä ketään. Tutkimuksen aineistonkeruun lähtökohtana ja ohjaavana tekijänä on tutkimusongelma. Tietolähteet valitaan tutkimusongelman perusteella ja valinta on ratkaiseva tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden kannalta. Tietolähteistä ei saa aiheutua merkittävää haittaa tutkittaville. Tutkittaville on taattava anonymiteetti. Tutkimustulosten julkaisemi-

nen saattaa tulokset laajempaan arviointiin tiedeyhteisössä. (Leino – Kilpi & Välimäki 2003, 288 - 292.) Muiden tutkijoiden työ ja tulokset tulee ottaa huomioon kunnioittamalla muiden tekemää työtä ja viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Tämän opin- näytetyön aihe valikoitui, koska tekijä halusi edistää diagnosoimattoman kak- sisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista ja lisätä tietoutta perusterveydenhuol- lossa. Aiheesta on tehty Suomessa vain vähän tutkimuksia ja julkaisuja aiem- min. Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena aikai- sempia tieteellisiä tutkimuksia tietolähteinä käyttäen eikä yksittäisiä potilastieto- ja käytetty, joten tutkittavien anonymiteetti on taattu. Opinnäytetyössä on kunni- oitettu muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla asianmukaisesti heidän tekemiinsä tutkimuksiin ja julkaisuihin. Opinnäytetyön raportointi on tehty hel- posti luettavaan muotoon, lähdeviitteet merkitty oikein plagioinnin välttämiseksi ja helpotettu lukemista erilaisten taulukoiden avulla.

Alkuperäistutkimusten laatu tulee arvioida. Systemaattisen kirjallisuuskatsauk- seen valittujen alkuperäistutkimusten laadun arvioinnilla lisätään kirjallisuuskat- sauksen yleistä luotettavuutta ja pyritään tuottamaan suosituksia jatkotutkimuk- sille, ohjaamaan tulosten tulkintaa ja määrittämään vaikutusten voimakkuutta. Peruskriteerit määritetään jo tutkimussuunnitelmassa, kriteereitä voidaan tar- kastella ja tarkentaa vielä ennen alkuperäistutkimusten lopullista valintaa. Sys- temaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten laadun arvioinnissa tulisi käyttää kahta toisistaan riippumatonta laadunarvioijaa. Systemaattisen harhan välttämiseksi tulisi käyttää arvioinnissa systemaattista ja standardoitua menetelmää. (Axelin ym. 2007, 101-102.) Tässä opinnäytetyössä käytettyjen alkuperäistutkimusten luotettavuutta arvioitiin luomalla peruskriteerit tutkimus- suunnitelmassa. Alkuperäistutkimuksia haettiin luotettavaa tieteellistä tietoa tar- joavista tietokannoista sisäänottokriteerien perusteella ja tutkimusongelmaan vastaavien hakusanojen avulla. Mahdollisimman uuden tiedon saamiseksi tut- kimusten julkaisuvuosi rajattiin koskemaan vuoden 2005 jälkeisiä alkuperäistut- kimuksia. Alkuperäistutkimukset valittiin otsikon, johdannon ja koko tekstin pe- rusteella. Rajoittavina tekijöinä oli, että tutkimukset valittiin yhden tekijän toimes- ta ja alkuperäistutkimusten kielenä oli englanti.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella psykiatristen arviointiasteikoiden käyttäminen seulontamenetelmänä ja sähköiseen potilasjärjestelmään liitetty automaattinen seulontaprotokolla parantaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamista perusterveydenhuollon yksiköissä. Psykiatrisia arviointiasteikkoja on Suomessakin käytössä useita erilaisia, joista tulisi löytää riittävän herkkä, luotettava ja ajankäytöllisesti sopiva perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan käytettäväksi. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypä hoito - suosituksessa on arvioitu parhaiten sopivaksi arviointiasteikoksi Mood Disorder Questionnaire – mielialahäiriökysely ja sitä suositellaan sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013). MDQ – mielialahäiriökysely on todettu aiemmissa tieteellisissä tutkimuksissa hyväksi arviointiasteikoksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonnassa.

Haasteena kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisessa on masennusjaksolla alkava tai masennusvaiheessa oleva häiriö. Ilman asianmukaista selvittämistä masennus tulkitaan ja diagnosoidaan yksisuuntaiseksi masennukseksi, jonka hoitaminen pelkästään masennuslääkityksellä saattaa johtaa katastrofaalisiin seuraamuksiin aiheuttaen mielialajakson kääntymisen maniaksi ja nopeasti vaihteleviksi mielialajaksoiksi. (Suominen, 2010.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin viive on keskimäärin kahdeksan vuotta, joka kertoo alidiagnostiikasta ja heikosta tunnistamisesta (Arvilommi ym. 2004, 365.) Perusterveydenhuollossa jokainen hoitohenkilökunnan voi antaa masentuneelle potilaalle MDQ – mielialahäiriökyselyn täytettäväksi ja tarpeen mukaan tuloksesta riippuen ohjata asianmukaisiin lisätutkimuksiin. Ajankäytöllisesti MDQ – mielialahäiriökysely vie hoitohenkilökunnan aikaa kymmenen minuuttia.

Hypomania- ja maniaoireiden mittaamiseen on myös olemassa arviointiasteikkoja, joita tämän opinnäytetyön tutkimuksissa käytettiin masennusta sairastavien potilaiden joukosta kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulontaan. Kyseiset mittarit Hypomania checklist (HCL – 32) ja Bipolar Spectrum Diagnostic Scale

(BSDS) todettiin tutkimuksissa hyviksi seulomaan kaksisuuntaista mielialahäiriötä hieman tautiluokitus DSM – V väljemmillä kriteereillä (Craddock ym. 2011). Kummastakaan mittarista ei ole ajankohtaisesti saatavilla luotettavaa suomenkielistä versiota, joten niiden käyttöä ei voi perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle yleisesti suositella. Kliinisessä työssä hypomania- ja maniajaksojen oireet ovat selkeästi helpommin tunnistettavissa kuin masennusjaksoa sairastavalta potilaalta.

Strukturoidut haastattelumenetelmät ovat perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan käyttöön pääsääntöisesti liian aikaa vieviä ja osa haastattelumenetelmistä vaatii erillisen koulutuksen niiden käyttämiseen. Sen sijaan sähköisten potilastietojärjestelmien hoidon tuki – toimintojen kehittäminen olisi varmasti yksi keino parantaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön systemaattista seulontaa ja tunnistamista perusterveydenhuollossa. Chen ym. (2011) tutkimuksen mukaan klinikoiden käyttäessä sähköisen potilastietojärjestelmän yhteydessä systemaattista seulontaprotokollaa, kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskin tunnistaminen parani kolmanneksen vertailuryhmän tuloksiin nähden.

Tämän opinnäytetyön tuloksilla voi olla merkitystä kliinisessä työssä, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisessa on kehittämistä ja arviointiteikkojen systemaattinen ja rutiininomainen käyttäminen seulontamenetelminä tutkimusten mukaan parantaa sairauden tunnistamista. Paremman tunnistamisen seurauksena riskiryhmään kuuluva potilas osataan ohjata asianmukaisiin jatkotutkimuksiin, jonka kautta mahdollisesti myös asianmukaiseen hoitoon.

Jatkotutkimuksen aiheeksi sopisi sähköisiin potilastietojärjestelmiin liitettyjen seulontaprotokollien käyttäminen kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskin tunnistamisessa ja niiden kehittäminen, koska menetelmä nopeuttaa ja parantaa sairauden tunnistamista

LÄHTEET

Aalto-Setälä, T.; Aro, H.; Castaneda, A.; Hintikka, J.; Härkänen, T.; Kestilä, J.; Koskinen, S.; Latvala, A.; Lönngqvist, J.; Marttunen, M.; Perälä, J.; Saarni, S.I.; Schreck, M.; Suvisaari, J. & Tuulio-Henriksson, A. 2007. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 02/2009, 287-299.

Andrade, L.; He, J-P.; Hu, C.; Jin, R.; Karam, E.; Kessler, R.; Ladea, M.; Lee, S.; Medina-Mora, M.; Merikangas, K.; Ono, Y.; Posada-Villa, J.; Sagar, R.; Sampson, N.; Viana, M.; Wells, E. & Zarkov, Z. 2011. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *The Journal of the American Medical Association* 3/2011, 241-251.

Arvilommi, P.; Isometsä, E.; Leppämäki, S.; Mantere, O.; Suominen, K. & Valtonen, H. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders-baseline findings from the Jorvi bipolar study(JOBS). *Bipolar Disorder* 6/2004 395-405. Viitattu 18.5.2014
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5618.2004.00140.x/pdf>

Arvilommi, P.; Isometsä, E.; Leppämäki, S.; Mantere, O.; Melartin, T.; Rytsälä, H.; Suominen, K. & Valtonen, H. 2006. Differences in Axis I and II Comorbidity Between Bipolar I and II Disorders and Major Depressive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 67/2006, 584-593.

Axelin, A.; Johansson, K.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku. Turun Yliopisto – hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.

Blanco, C.; Das, A.; Feder, A.; Gameraoff, M.; Gross, R.; Lantigua, R.; Neria, Y.; Olfson, M.; Pilowsky, D.; Shea, S. & Weissman, M. 2005. Screening for Bipolar Disorder in a Primary Care Practice. *The Journal of the American Medical Association* 8/2005, 956-963.

Carlson, C.; Cass, A.; Hirschfeld, R. & Holt, D. 2005. Screening for Bipolar Disorder in Patients Treated for Depression in a Family Medicine Clinic. *The Journal of the American Board of Family Practice* 4/2005, 233-239.

Chen, Y.; Gill, J.; Grimes, A. & Klinkman, M. 2011. Using Electronic Health Record-Based Tools To Screen for Bipolar Disorder in Primary Care Patients With Depression. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 4/2012, 283-290.

Chiu, J. & Chokka, P. 2011. Prevalence of Bipolar Disorder symptoms in Primary Care (ProBiD-PC). *Canadian Family Physician* 57/2013, 58-67.

Craddock, N; Griffiths, E.; Hood, K.; Kelly, M.; Simpson, A. & Smith, D.J. 2011. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *The British Journal of Psychiatry* 199/2011, 49-56.

Daurignac, E.; DeGruy, F.; Dubovsky, A.; Fox, C.; Griswold, K.; Hewitt, B.; Leonard, K. & Seymour, D. 2011. Bipolar Disorder is Common in Depressed Primary Care Patients. *Postgraduate Medicine* 5/2011.

Depressio (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2013. Viitattu 18.5.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=56FFEE202E3FBE906DE852C1D966AF8E?id=hoi50023>

Hakola, P.; Isohanni, M.; Joukamaa, M.; Koponen, H.; Leinonen, E. & Lepola, U. 2008. *Psykiatria*. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Näin tutkin. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. Helsinki. Duodecim. Viitattu 18.5.2014 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99726.pdf>

Hannula, L. & Kaunonen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa – Esimerkkinä imetysohjaus. Sairaanhoidaja-lehti 12/2006. Viitattu 25.5.2014 https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattiliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12_2006/muut_artikkelit/systemaattinen_kirjallisuuskatsa/

Hintikka, J.; Härkänen, T.; Isometsä, E.; Kieseppä, T.; Koskinen, S.; Kuoppasalmi, K.; Lönnqvist, J.; Partonen, T.; Perälä, J.; Pirkola, S.; Saarni, S.I.; Suvisaari, J. & Tuulio-Henriksson, A. 2007. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 1/2007, 19-28.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2013. Viitattu 18.5.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076>

Kansanterveyslaitos. 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000-tutkimus. Helsinki. Kansanterveyslaitos. Viitattu 23.5.2014 <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2006b10.pdf>

Kiiltomäki, A.; Noppari, E. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Koskinen, S.; Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.5.2014 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netiti.pdf?sequence=1

Kääriäinen M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18, 37-45.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1-2 painos. Helsinki. Werner Söderström osakeyhtiö.

Mantere, O. 2008. Masentuneella voi olla tyypin II kaksisuuntainen mielialahäiriö. Suomen lääkärilehti 63/2008, 2237-2242. Viitattu 18.5.2014 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL242008-2237.pdf>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Suomen lääkäriliitto. 2013. Nürnbergin säännöstö. Viitattu 6.6.2014 <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/nurnbergin-saannosto/>

Suominen, K. 2010. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön mahdollisuutta ei pidä liioitella - eikä vähentää. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 1/2010, 9-10. Viitattu 18.5.2014 http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98511&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja hoito. Suomen lääkärilehti 39/2013, 2445-2450a. Viitattu 27.5.2014 http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto39_2.pdf

Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Turun Ammattikorkeakoulu Salossa. 2008. Hoitonetti. Viitattu 20.11.2011 <http://terveysprojektit.turkuamk.fi/thnetti/thnetti.htm>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Toiminta – muita toimijoita. Viitattu 3.7.2014 <http://www.tenk.fi/fi/toiminta>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje - Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 3.7.2014 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Yhdistyneet Kansakunnat. 2013. Ihmisoikeudet – historiaa ja toiminnan taustoja. Viitattu 7.6.2014 <http://www.yk.fi/node/255>

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotun julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

— / — 20 —
12 / 12 20 11

Opiskelija Seija Hyvärinen
Toimeksiantaja Hallintoylihoitaja
Salon terveyskeskus

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Jukka Rinne
Eeva Kauri
Maria Mäkelä
Kari Sampo
Sari Sjö
Tuula Haavio
Johanna Niska
Jouko Kinnunen
Ilkka Vainio

Turun ammattikorkeakoulu
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 Salo



Liite

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Hanke	Aihe	Tekijät	Ryhmä
Terveysnetti/ perhenetti	Lasten rokkotaudit	Eeva Kaukinen ja Maria Aro	AHSHSS10
Terveysnetti/ työikäiset	Narsistinen persoonallisuushäiriö	Johanna Maja, Hanna Peltomäki ja Maria Mäensalo	AHSHSS10
Terveysnetti/ perhenetti	Alle kaksivuotiaan unikoulu	Johanna Nieminen ja Johanna Nyman	AHSHSS10
Terveysnetti/ seniorinetti	Ikääntyneiden masennus	Jari Silokangas	AHSHSS10
Terveysnetti/ työikäiset	Ensitietopaketti ALSiin sairastuneille	Jukka Rinne ja Tuula Harinen	AHSHSS10
Terveysnetti/ nuorisonetti	Rahapeliaddiktio	Maarit Rosenblad ja Mia Väisänen	AHSHSS10
Terveysnetti/ työikäiset	Kilpirauhasen vajaatoiminta	Kirsi Suonpää ja Sari Stenberg	AHSHSS10
Hoitonetti	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Jarno Marjakangas	AHSHSS10

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Salo
Yhäistentie 2
24130 SALO
Puh. (02) 263 350
Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN PERUSTEVELTÄIS- HUOLLOSSA
Tutkimusongelma	MITEN PERUSTEVELTÄISHUOLLOSSA TOISEKATELEVA HÖITÄJÄ VOI TUNNISTAA DIAGNOSIMÄRKINTÄ KAKSISUUNTAISTA MIELIALAHÄIRIÖTÄ SAIVASTAVAN POTILAAN?
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	AINEISTON KERUUMENETELMÄ ON SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.
Aineiston ko- koamisajankohta	SYKSY 2011 - KEVÄT 2012
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	TOUKOKUU 2012
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	Ulla-Juho Karkkainen 25.1.2012
Tutkimuksen ohjaajat	MARJO KAARTO puh 044 9074578 ANDRÉ NOUSIAINEN puh 040 355 0151
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Tutkimuksen tekijät	Ulla-Juho Karkkainen (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä) MARJO KAARTO (nimi) [redacted] (osoite) [redacted] (puhelinnumero)

Anomus käsitelty

7/2 20/2

(X) lupa myönnetty

() lupa eväty, peruste

~~Senja Ilvvärinen~~

Hallintoylihoitaja

Salon terveystakeskus

Allekirjoitus

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.